In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







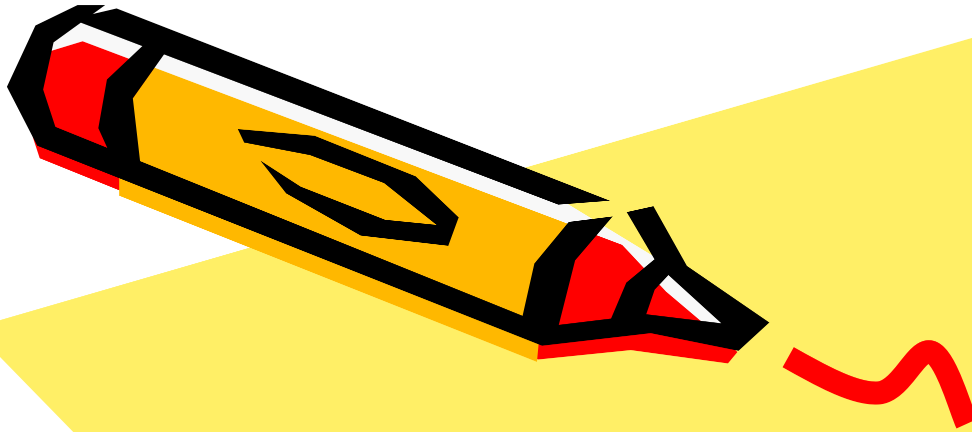












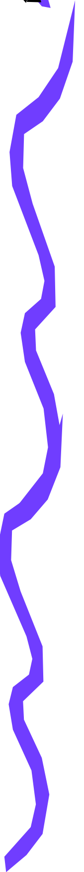
# Les avortements

Dr. LAMMOUCHI
Lammouchi _ sab @ yahoo.fr



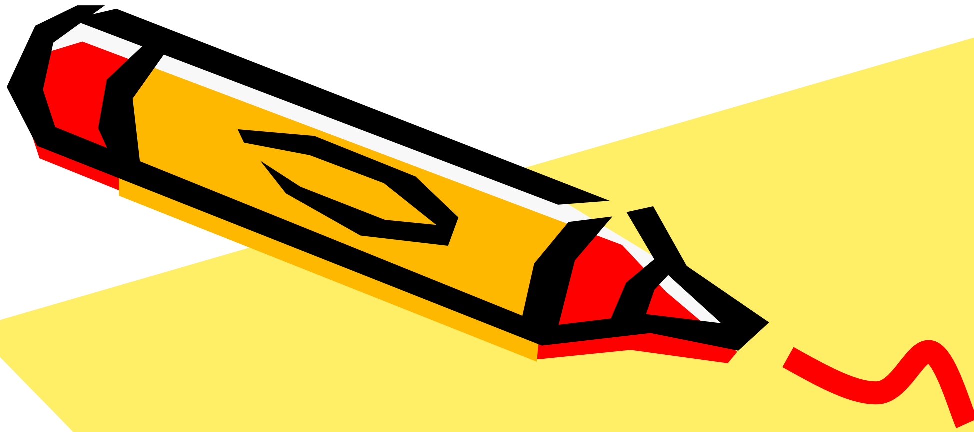


# Les ABRT

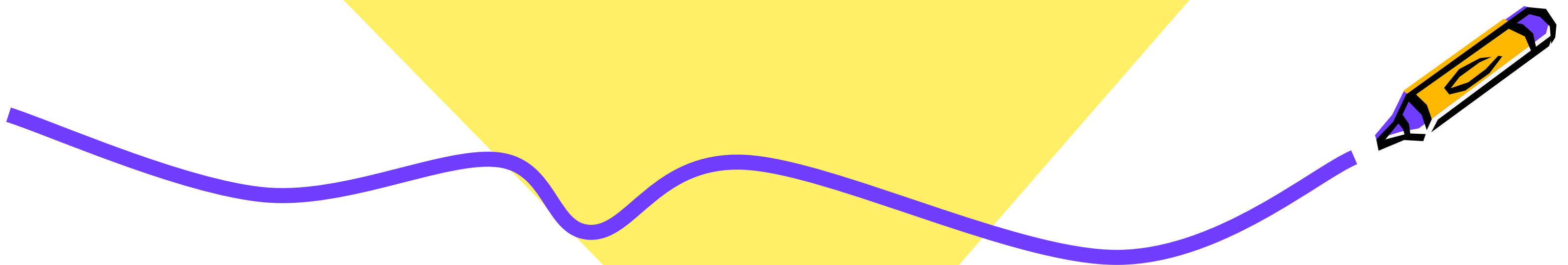


- ✓ Les ABRT spontanés
- ✓ Les ABRT provoqués





# Les ABRT spontanés





# Plan

I. Généralités : 1- Définition
2- Intérêt

II. Étiologies

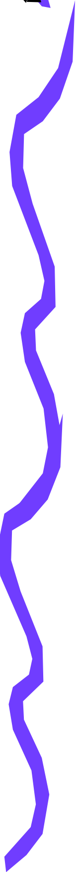
III. Clinique : 1- ABRT précoce
2- ABRT tardif

IV. Diagnostic différentiel

V. Complications

VI. CAT

VII. Points essentiels





# I. Généralités

## 1. Définition

- L'ABRT spontané est l'expulsion du produit de conception sans intervention extérieure avant la période de viabilité càd avant 180eme jr de grossesse ou 28 SA (moins de 6 mois).

- L'OMS définit actuellement l' ABRT comme étant l'expulsion d'un fœtus de moins de 500 g et/ou âgé de moins de 22 SA.

- Les études les plus récentes utilisent le seuil de 24 SA qui correspond à la réalité médicale.





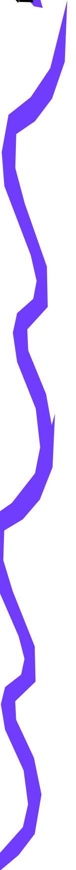
# Quelques autres définitions

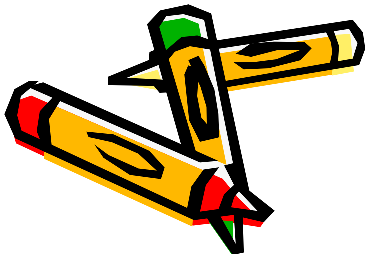
- L'ABRT précoce:
  ABRT survenant au T1, dont les 12 premières SA.

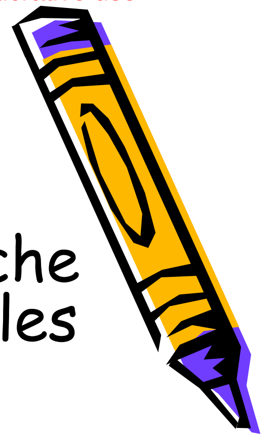
  L'ABRT tardif:
  C'est l' ABRT du T2, au delà de 12 SA

- L'ABRT complet:
  si la totalité de l'œuf est évacué.

  L'ABRT incomplet:
  s'il reste du tissu ovulaire intra utérin,il est plus fréquent après 10 SA quand le placenta et le fœtus sont expulsés séparément.







- L'ABRT infra clinique ou ultra précoce:
  si l'ABRT survient au cours des 10 premiers jrs après la fécondation, avant que la femme se sache enceinte. Ils sont beaucoup plus fréquents que les ABRT cliniques.

- L'ABRT manqué ou traînant:
  s'il y a rétention du produit de conception plus de 3 semaines in-utéro.

- Œuf clair:
  c'est l'absence d'embryon dans le sac ovulaire

- L'ABRT spontané à répétition ASR ou la maladie abortive:
  C'est la succession de 3 ABRT spontanés ou plus sans grossesse intercalée menée à terme .



# 2. Intérêt



- **Fréquence:**

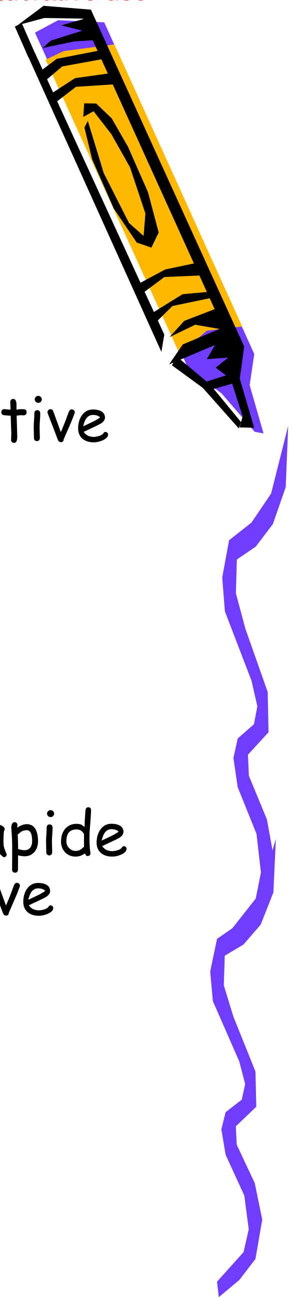
  - Très difficile à établir mais c'est l'accident le plus fréquent en obstétrique.

  - 15% des grossesses cliniquement reconnues avortent spontanément dans le T1 ou T2.

  - Le taux est variable en fonction de plusieurs facteurs:

  1. L'age gestationnel: la proportion des ABRT est très élevés en début de la grossesse.
  2. L'age de la gestante: le risque augmente avec l'age.
  3. Le nombre d'ABRT précédents: après 1,2,3 ABRT spontanés le risque d'un nouvel ABRT est respectivement 16, 36 et 60%.
  4. La gravidité: le risque d'ABRT augmente avec la gravidité quelle que soit l'issue des grossesse précédentes.
  5. L'issue des grossesses précédentes: lors d'une 4eme grossesse, le risque d'un nouvel ABRT est de 60% si cette grossesse suit 3 ABRT, alors que ce risque est seulement 11% si l'une des grossesses a été normale.
  6. L'association à un problème de fertilité: la probabilité d'ABRT est élevée pour les couples stériles.



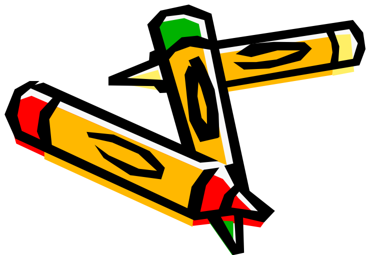


# 2. Intérêt

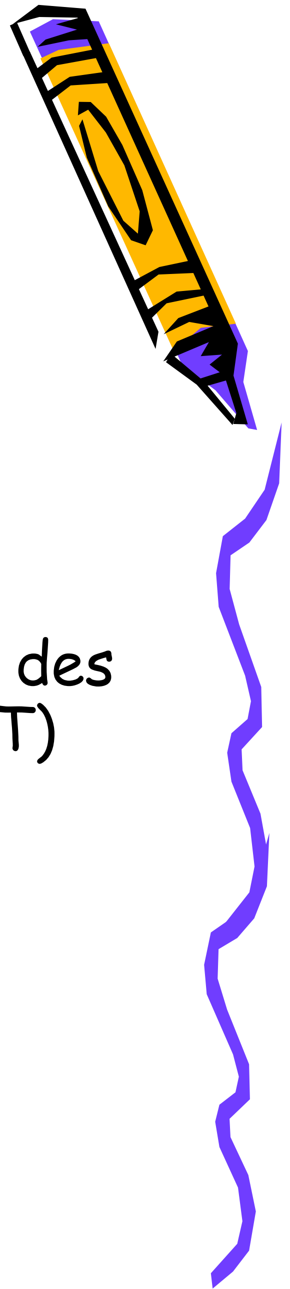
- Étiologies très variée:
  -ABRT spontanés isolés accidentels
  -ABRT répétés correspond à une maladie abortive nécessitant une enquête étiologique complète

- Thérapeutique: n'est pas bien codifiée

- Pronostic:
  - Bon pour les ABRT spontanés isolés si PEC rapide
  - Fonction de l'étiologie pour la maladie abortive



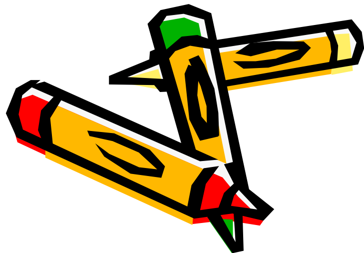
# II. Étiologies



## 1. Causes générales

Toutes les maladies générales telles que:

- Diabète ( l'ABRT est la conséquence d'un déséquilibres glucidique)
- Syndrome vasculo-rénal (responsable surtout des accouchements prématurés plus que des ABRT)
- Dysthyroidie
- Maladies auto-immunes
- Cardiopathies,hémopathies, anémies sévères

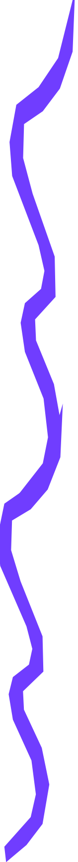


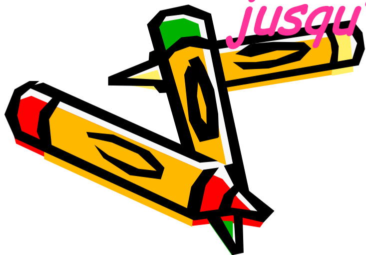


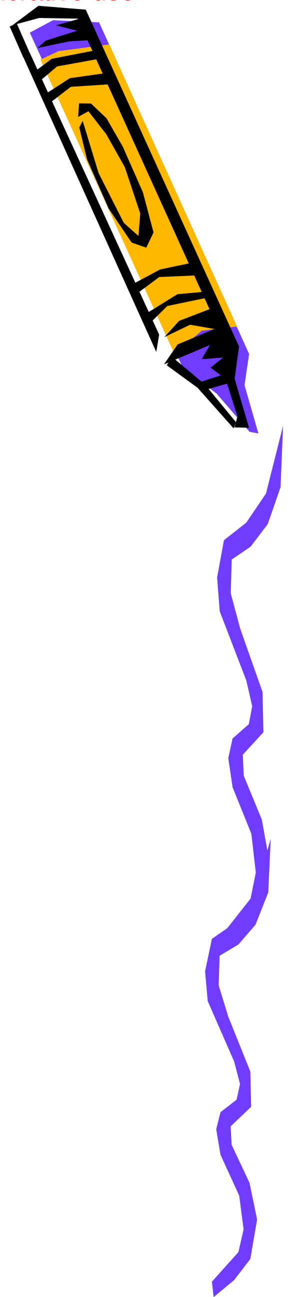
# 2. Causes infectieuses

- L'interruption de la grossesse est due soit à l'hyperthermie soit à la virulence du germe
- L'origine infectieuse sera suspectée devant la fièvre
- L'infection peut être responsable des ABRT isolés et ABRT à répétition
- Les germes en causes sont très variés:
  - Infections bactériennes: E.coli, staphylocoque,streptocoque, listéria monocytogène
  - Infections virales: rubéole, herpès, CMV, grippe
  - Infections parasitaires: toxoplasmose, paludisme

*Toute fièvre au cours de la grossesse est une listériose jusqu'à preuve du contraire*







# 3. Causes endocriniennes

- L'insuffisance lutéale
- L'hypothyroïdie
- L'hyper androgénie
- Diabète par déséquilibre glucidique





# 4. Causes immunologiques

- Elles sont responsables d'ABRT à répétition

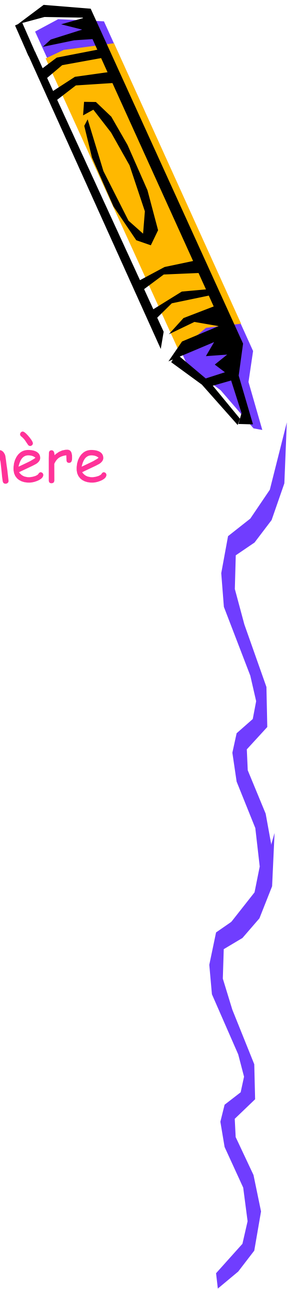
- Les interactions immunologiques se déroulant à l'interface materno fœtale expliquent les échecs de grossesses précoces par certaines défaillances immunologiques qui sont principalement représentées par les maladies auto immunes ( LED, syndrome des anti phospholipides…)

- Les ABRT à répétition représentent 80% des ABRT inexpliqués.

- Certains ABRT inexpliqués pourraient être dus au rejet de l' unité foeto-placentaire par le système immunitaire maternel qui la considère comme une greffe semi allo génique.



# 5. Causes génétiques ou aberration chromosomiques

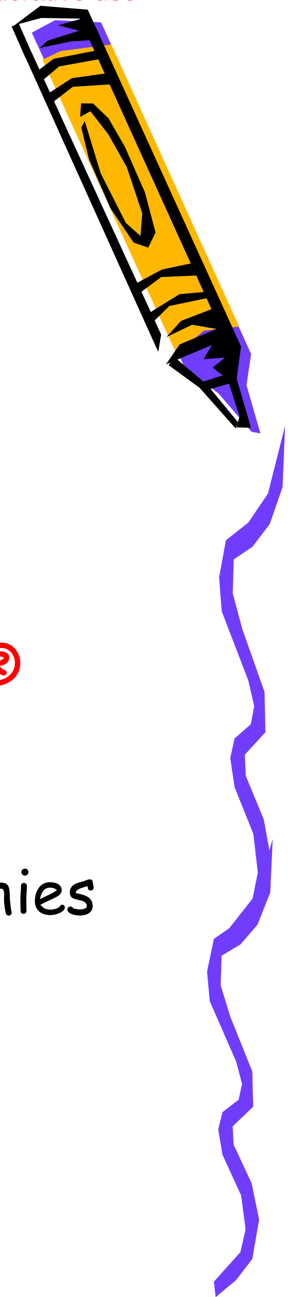


- Responsables de 60% des ABRT du T1
- Le risque augmente avec l'age avancé de la mère
- Il existe 2 grands groupes d'anomalies:

  1. De nombre le plus souvent accidentelles:
     -par excès:trisomie,triploïdie
     -par défaut: monosomie

  2. De structure responsables des ABRT à répétition nécessitant un caryotype (translocation,délétion,mosaïque)





# 6. Causes utérines

- Anomalies du myomètre:

  -Utérus hypoplasique (mal étouffé) ou hypotrophique (utérus infantile)

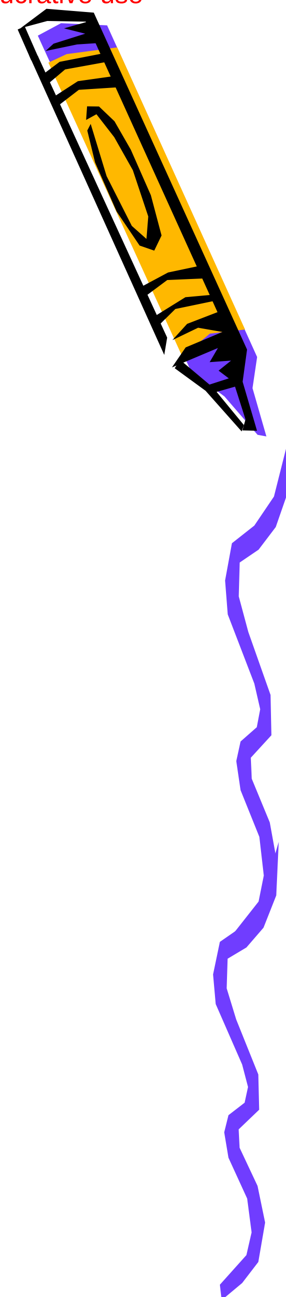
  -Utérus malformé:utérus unicorne, bicorne,cloisonné,didelphe, utérus Distilbène®

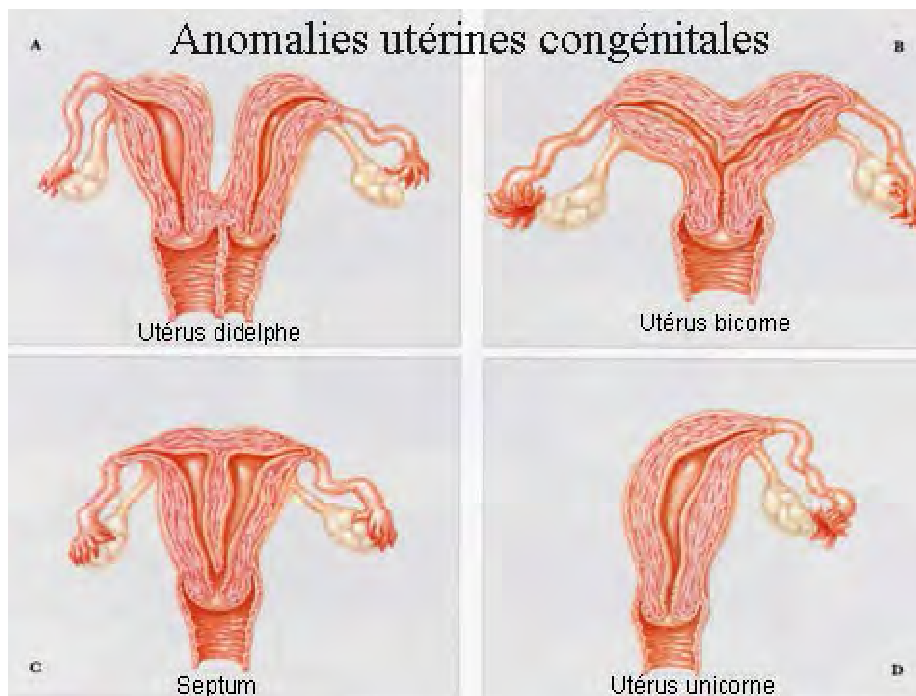
  -Myomes utérins

- Anomalie de l'endomètre: endometrite, synéchies

- Anomalies du col: BCI congénitale ou acquise

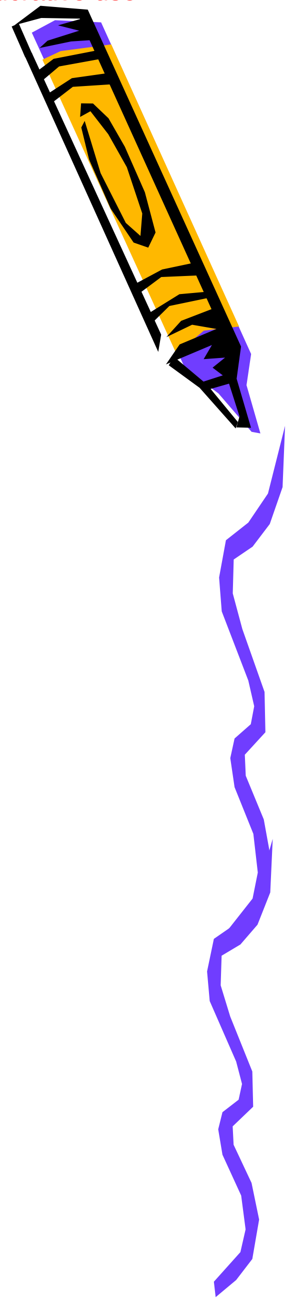





Anomalies utérines congénitales
A
B
Utérus didelphe
Utérus bicorne
C
D
Septum
Utérus unicorne

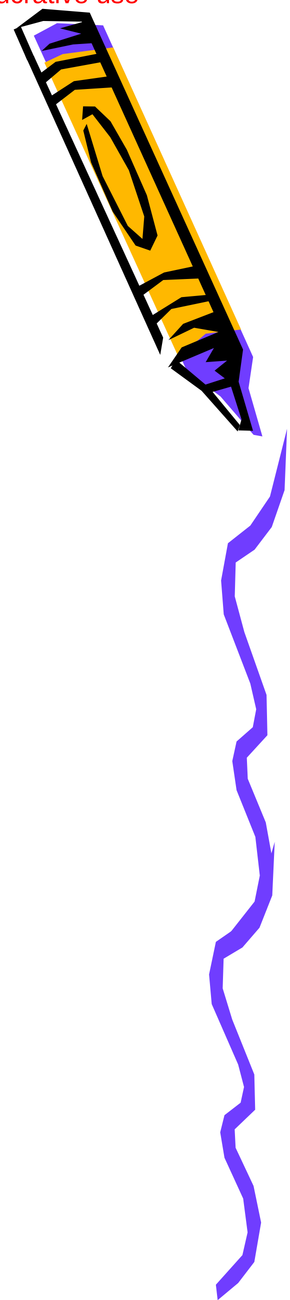


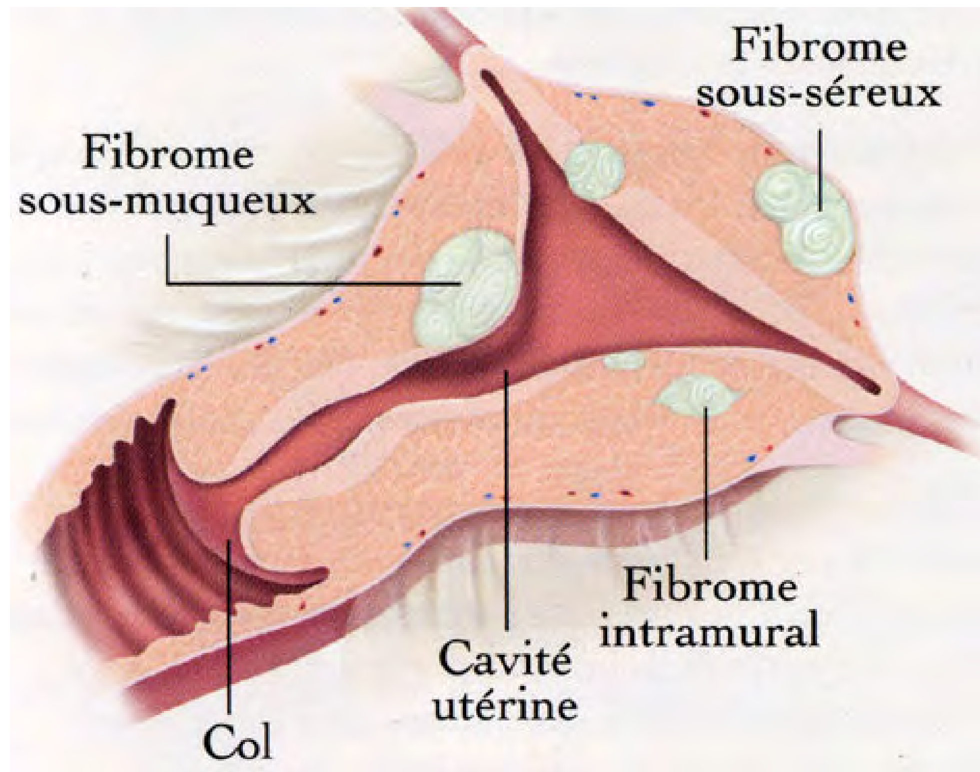
# Utérus vrai didelphe

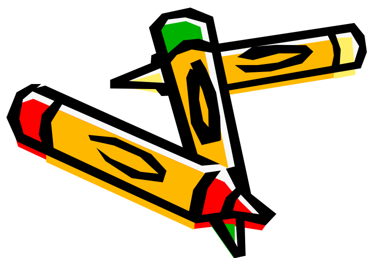


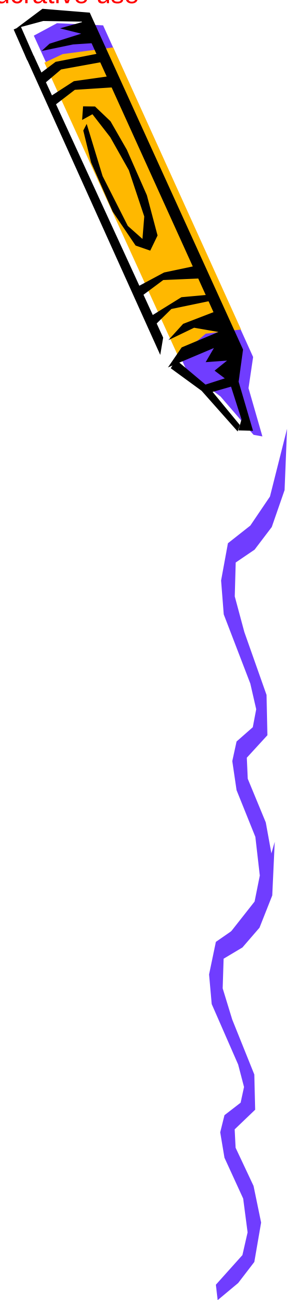


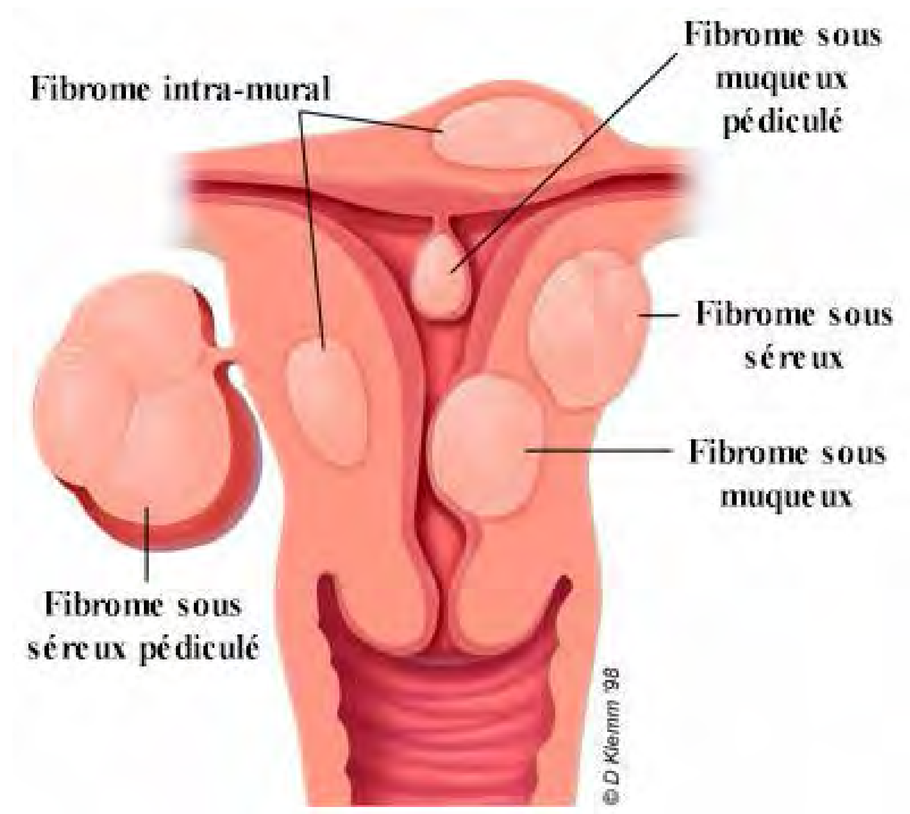


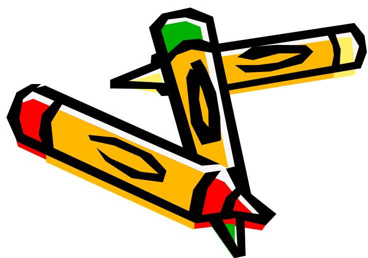


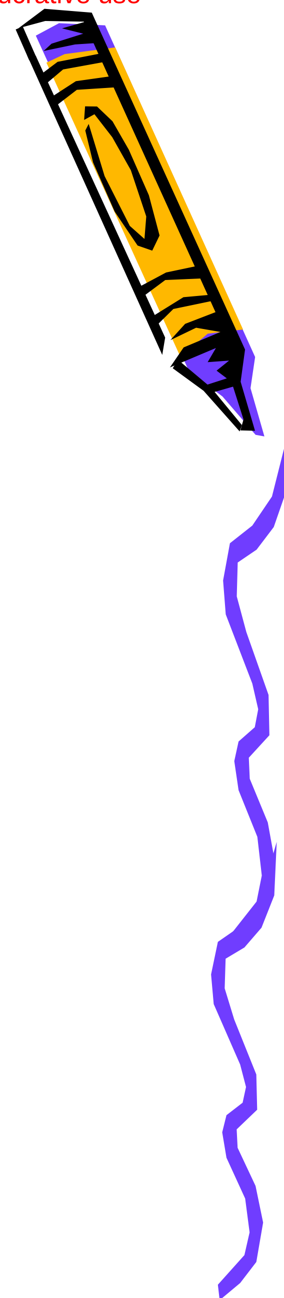

Fibrome
sous-séreux
Fibrome
sous-muqueux
Fibrome
intramural
Cavité
utérine
Col

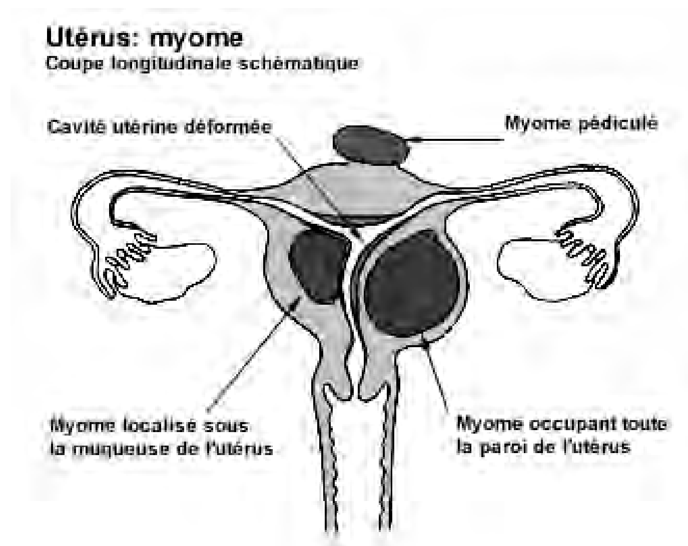





Fibrome intra-mural
Fibrome sous muqueux pédiculé
Fibrome sous séreux
Fibrome sous muqueux
Fibrome sous séreux pédiculé
© D Klemm '98

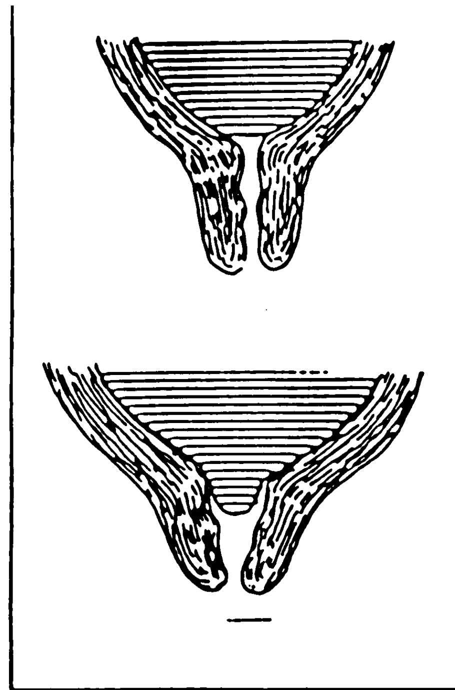





Utérus: myome
Coupe longitudinale schématique
Cavité utérine déformée
Myome pédiculé
Myome localisé sous
la muqueuse de l'utérus
Myome occupant toute
la paroi de l'utérus



# Anomalie du col: BCI

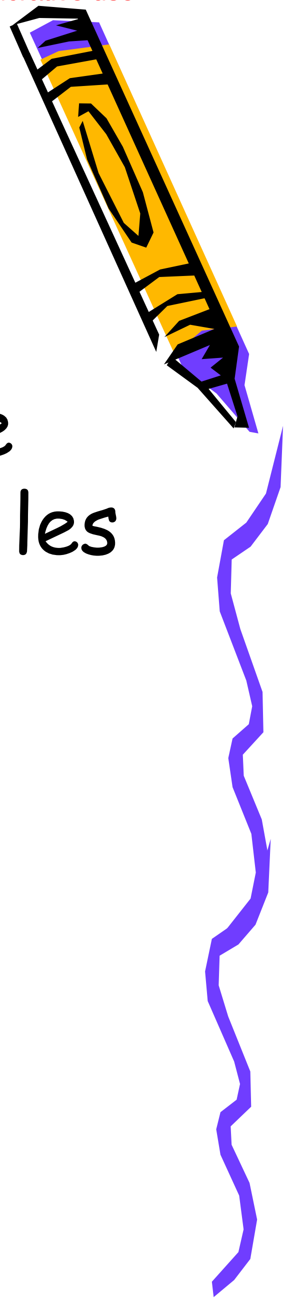


Cervical incompetence.



# BEANCE

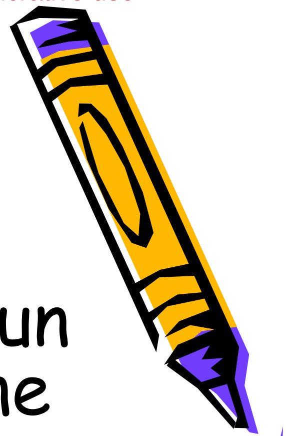

C.H.R. CITADELLE LIEGE
17:33:14
Bio. foetale
BIP
DFOT
CT
DAAP
DAT
CA
LF
NOUVEAU



# 7. Causes ovulaires

- Les grossesses multiples (mauvaise adaptation utérine à la tension sur les parois)
- Hydramnios





# 8. Autres causes

- Les traumatismes entraînent rarement un ABRT du T1 (l'utérus est protégé par une ceinture osseuse)
- Tabac, alcool
- Mauvaise CSE
- Grossesse sur DIU
- Age de la femme et sa profession
- Iatrogène après amniocentèse, chimiothérapie ou irradiation abdominale
- ABRT spontanés inexpliqués dans 23 à 60% des cas



# III. Clinique



## A. ABRT précoce:

### 1. Menace d'ABRT précoce:

- Métrorragies intermittentes ou continues, d'abondance faible.
- Par fois mais pas toujours des coliques pelviennes discrètes type dysménorrhée.

A l'examen:

- palpation: utérus globuleux, augmenté de volume en rapport avec l'age gestationnel
- Sous spéculum: col violacé d'aspect gravide
  Métrorragie d'origine endo utérine
  Aucune évacuation de débris de gestation
- TV: l' OCI est fermé, le doigtier revient souillé de sang

L'évolution: peut être:

- Favorable: arrêt de métrorragie, disparition des coliques pelviennes.
- Défavorable: persistance et aggravation des métrorragies donc la poursuite du processus d'ABRT et l'expulsion.



# Devant une menace d'ABRT 2 examens sont nécessaires:



- L'échographie au mieux par voie endovaginale ++++: précise
  - La vitalité de l'œuf, sa taille, son insertion, le nombre,l'age gestationnel, un éventuel décollement partiel de trophoblaste
  - Les signes échographiques témoignant de mauvais pronostic sur l'évolution ultérieure de la grossesse:
    . un sac gestationnel trop petit par rapport à l'âge gestationnel
    . un sac gestationnel trop gros par rapport à l'embryon
    . un sac gestationnel sans formation embryonnaire (œuf clair)
    . mouvements actifs foetaux pathologiques
  - procéder à un contrôle échographique 10 jours plus tard pour déterminer l'évolution de la grossesse

- Le dosage sérique de B HCG:
  montre des taux effondrés dans 9/10 menace d'ABRT dans les jours voire les semaines précédant l'expulsion.
  Quand les taux sont normaux pour l'age gestationnel, la grossesse évolue en général jusqu'à terme.

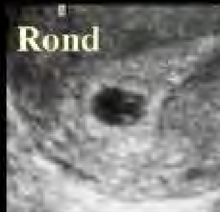




# Menace d' ABRT précoce: écho

*Sac gestationnel*

- **Forme**

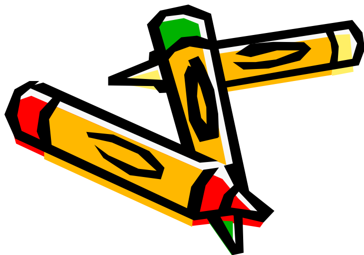



< 8 semaines

> 8 semaines



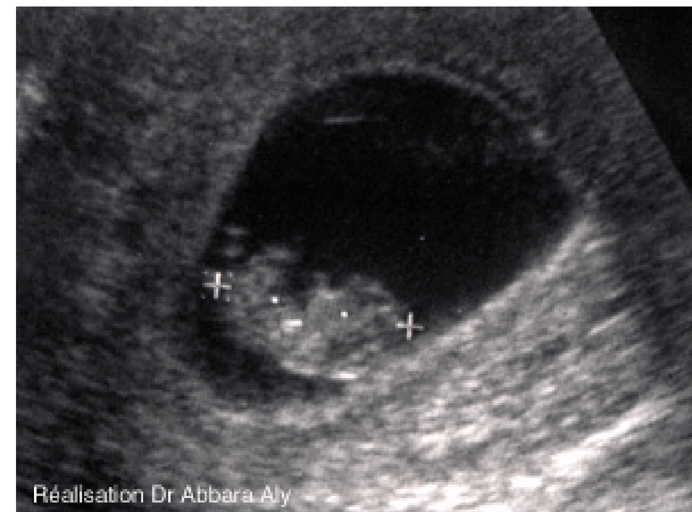

10





# Menace d'ABRT précoce: écho

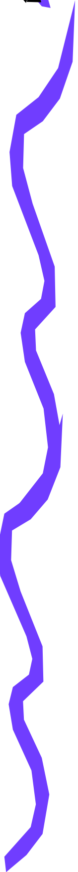







# Menace d'ABRT précoce: écho



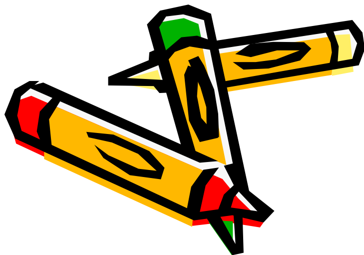
## *Décollement ovulaire*

- Menace d 'avortement





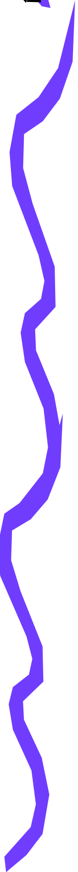
44





# Menace d'ABRT précoce: grossesse arrêtée

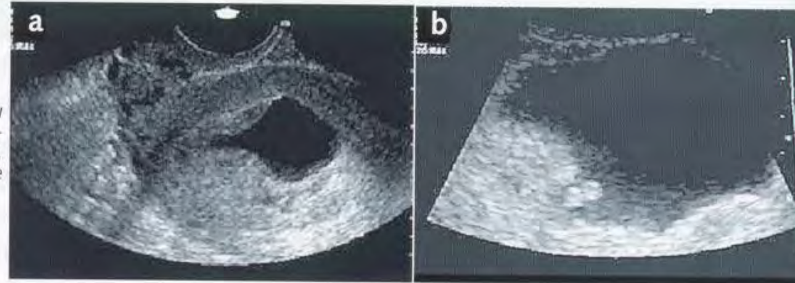




# Menace d'ABRT précoce: écho

Fig 1-29 : Sac irrégulier, trophoblaste peu épais, petit résidu embryonnaire non concordant avec les dimensions du sac, activité cardiaque nulle



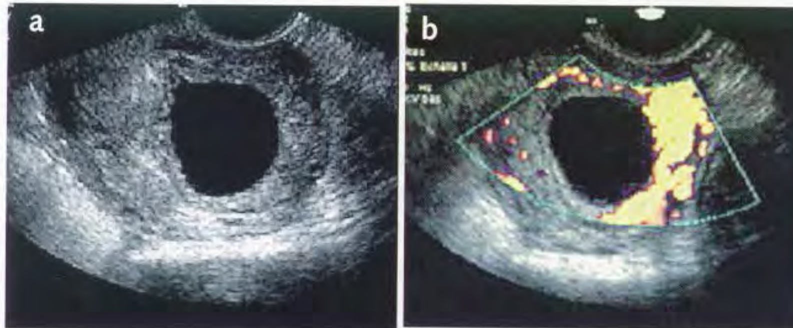
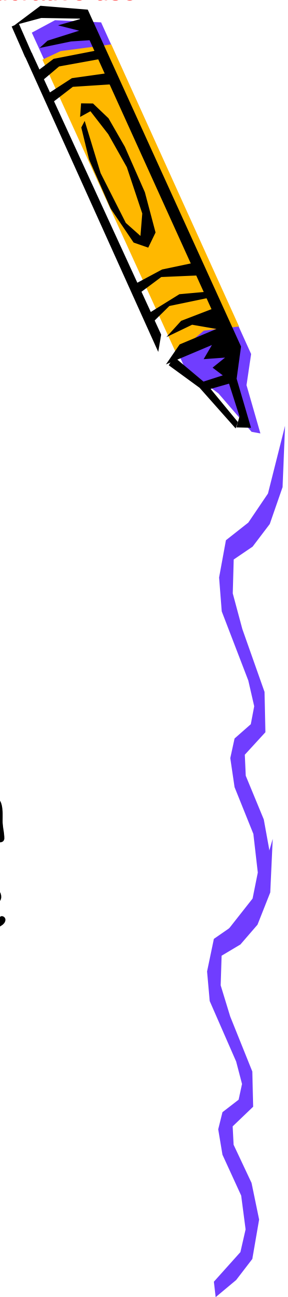




Fig 1-30 : Grossesse arrêtée. Circulation trophoblastique anormale (b)

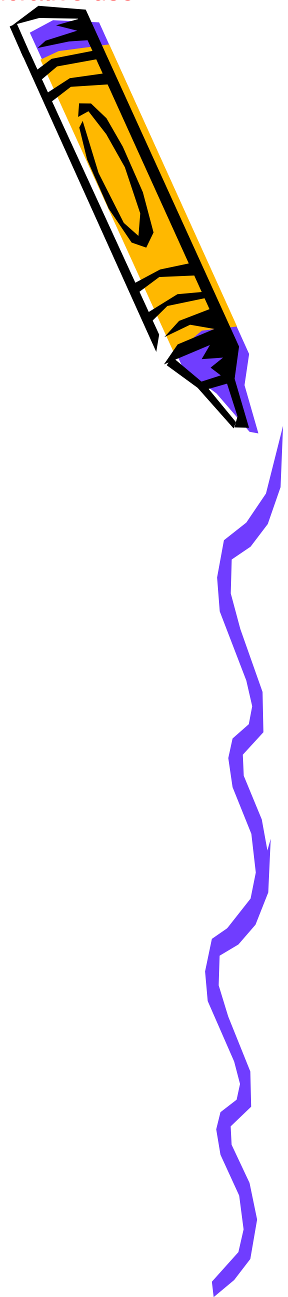




# 2. ABRT en cours ou inévitable:

- Métrorragies de plus en plus importantes.
- Apparition de douleurs à type de colique expulsives.
- A l'examen: OCI ouvert, parfois un col encore long ou conique, l'isthme est distendu et évasé par l'œuf.





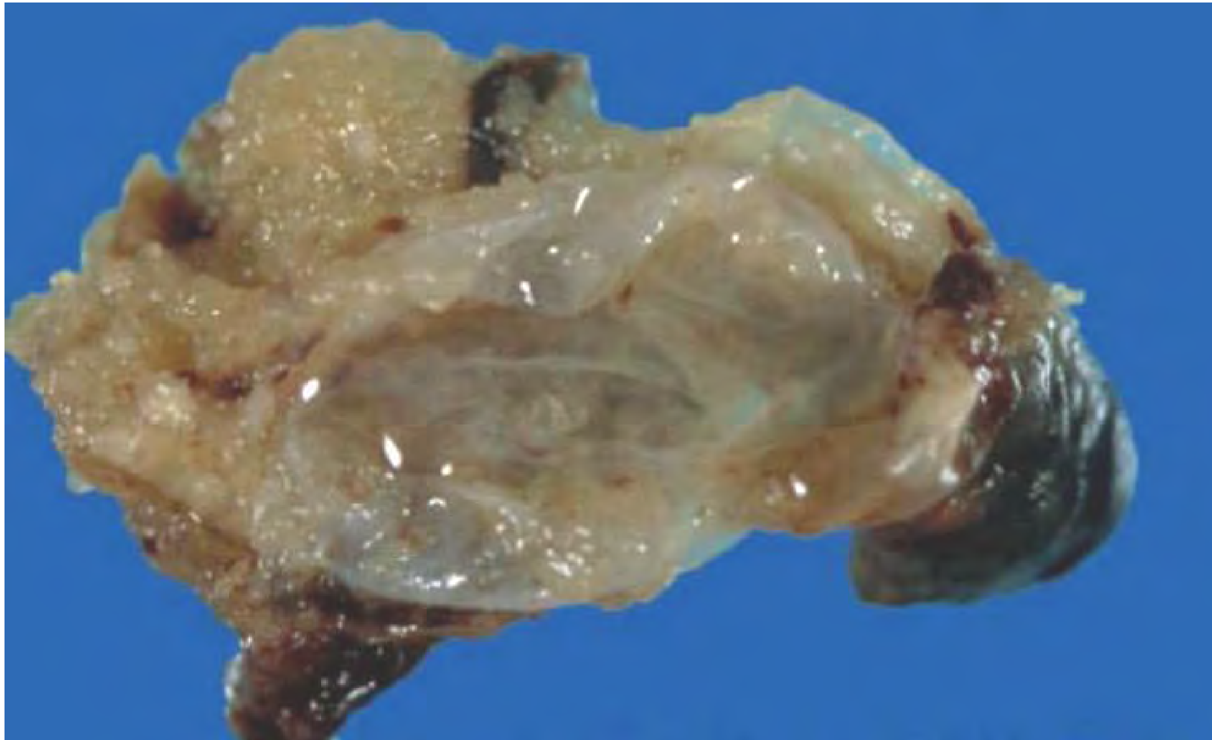
# 3. ABRT réalisé

En générale naturel et complet, peu hémorragique se compliquant rarement d'infection.

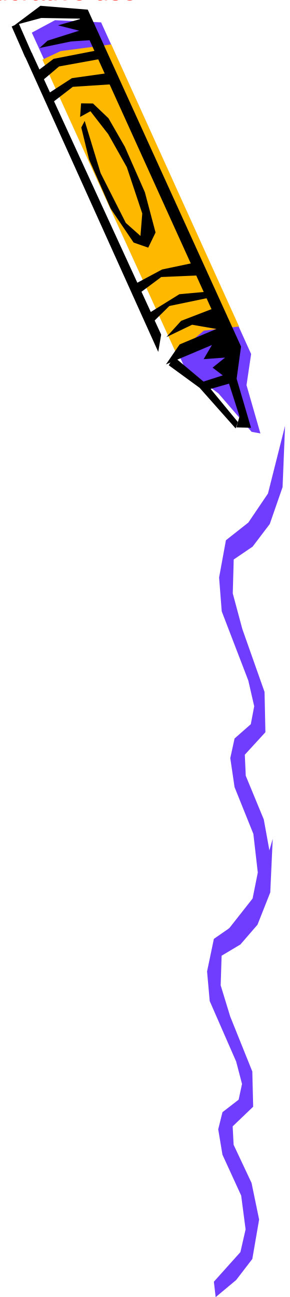




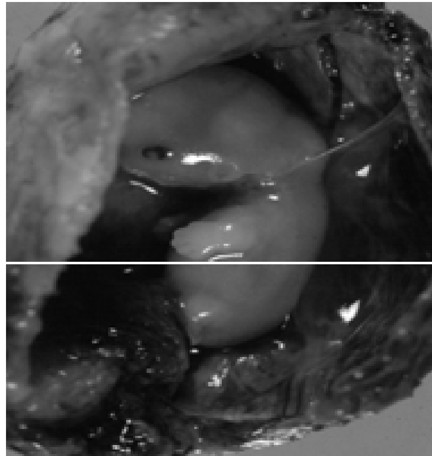
# ABRT précoce: œuf clair







# ABRT précoce: produit de conception





# *Hygroma kystique fœtal*

- Anapath 9 sem.

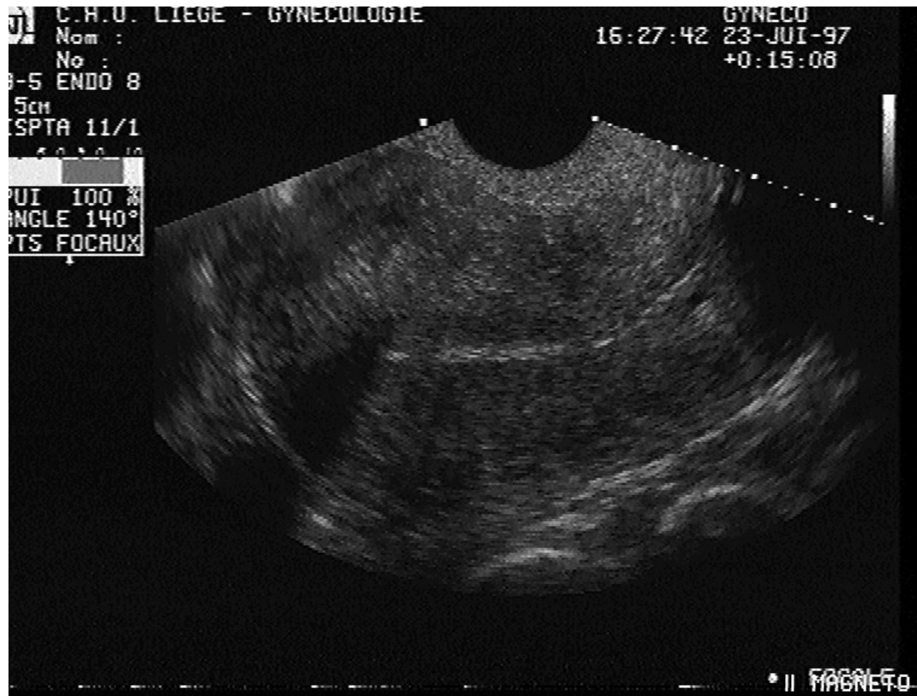


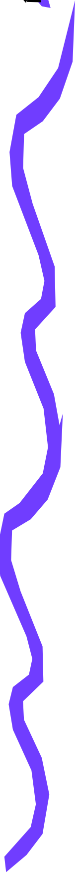
20





# ABRT réalisé: ligne de vacuité vue

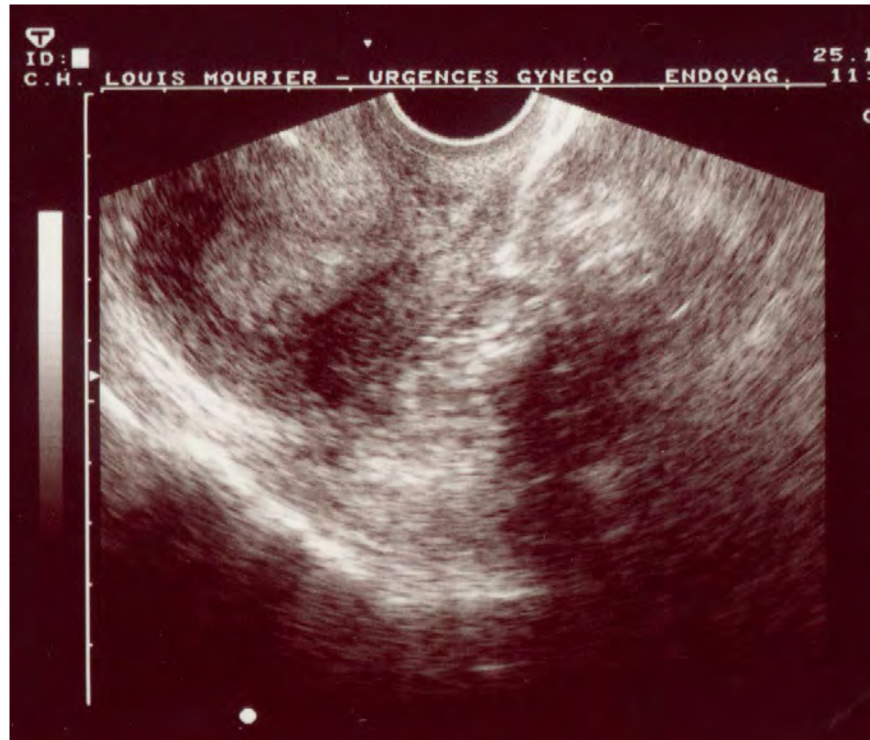


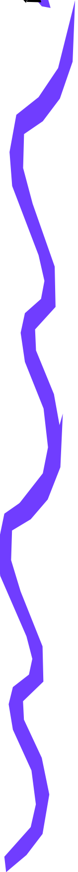





# ABRT réalisé: rétention









# Grossesse du 1er trimestre

**Menace de fausse couche**

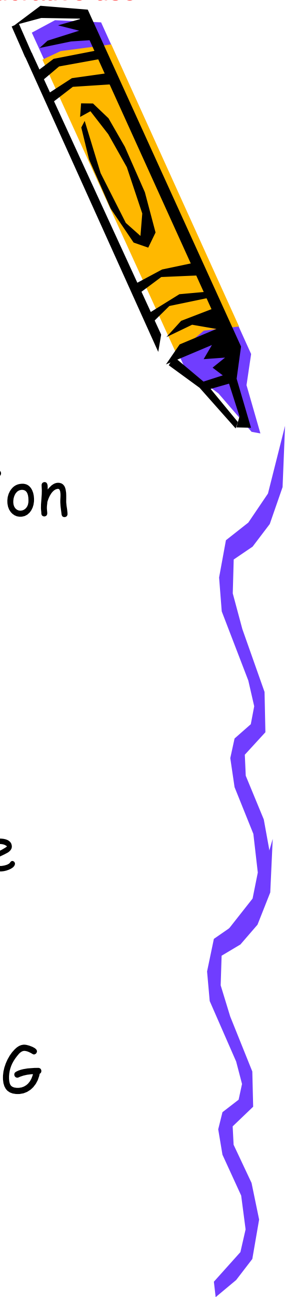
- Douleurs pelviennes
- Saignement utérin

**Fausse couche**

- Douleurs pelviennes
- Saignement utérin
- Expulsion de l'oeuf







# B. ABRT tardif

## 1. Menace d'ABRT tardif:

- Douleurs pelviennes à type de CU d'intensité variable, + ou – rapprochées, par fois sensation de pesanteur ou douleurs lombaires
- Métrorragie d'abondance et durée variables

A l'examen: - CU+,MAF+, par fois BCF +
- TV: OCI fermé, utérus augmenté de volume en rapport avec l'AG.

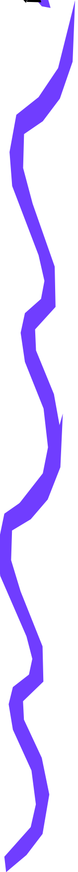
A l'écho: grossesse évolutive en rapport avec l' AG



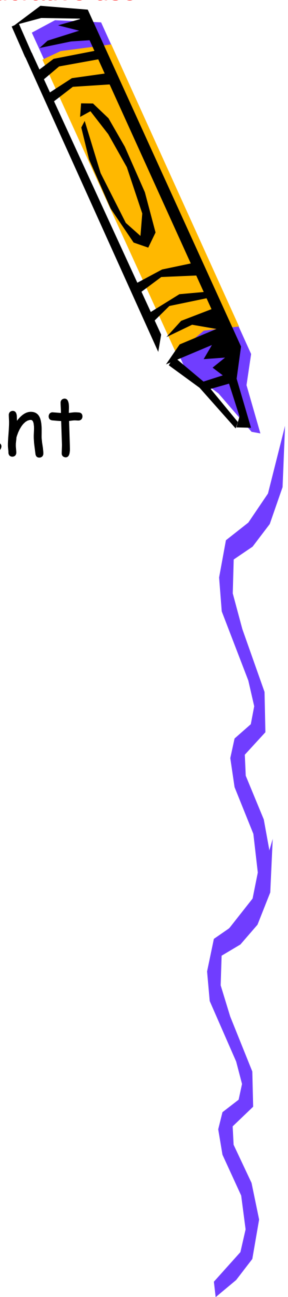


# 2. ABRT tardif en cours

- Évolution comme un mini accouchement
- Douleurs plus intense à type de CU impliquant une modification du col
- Les membranes se rompent, la présentation est perçue



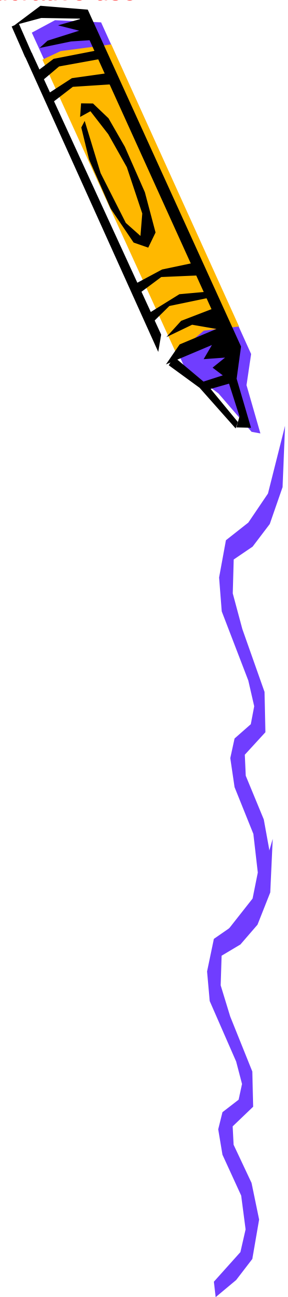




# 3. ABRT tardif réalisé

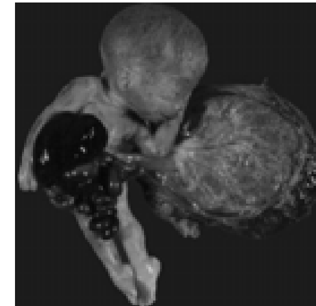
- Expulsion d'un fœtus le plus souvent vivant suivi du placenta.
- Souvent rétention placentaire imposant une révision utérine.





# ABRT tardif: produit de conception









# ABRT tardif: anasarque foetal





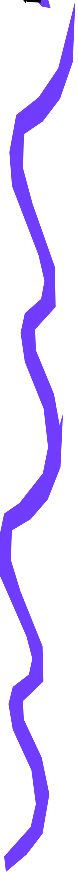


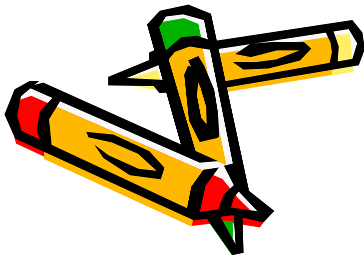
# IV. Diagnostic différentiel

- ABRT provoqué
- Forme pseudo abortive de la GEU ( expulsion d'une caduque)

*toute métrorragie du T1 est une GEU jusqu'à preuve du contraire*

- Mole hydatiforme
- Hémorragie d'origine gynécologique: polype endo cavitaire, cervicite, néo du col.







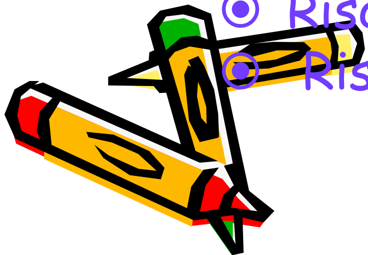
# V. Complications

- L'ABRT spontané précoce se complique rarement.
- Les complications sont dominées par l'infection et l'hémorragie

- L' infection (endométrite, salpingite, pelvipéritonite et plus rarement abcès pelvien) observée dans les retentions trophoblastiques ou lorsque les conditions d'asepsie n'ont pas été respectées.

- L'hémorragie: elle peut être impressionnante par son abondance entraînant un état de choc, elle peut être due à une perforation utérine lors du curetage ou à une dilacération du col, elle peut traduire une coagulopathie de consommation dans les rétentions de plus de 3 semaines.

- Risque d'iso immunisation Rhésus si Rhésus négatif.
- Risque de synéchie utérine: complication tardive rare





# VI. CAT

En cas de métrorragie en début de grossesse, il faut:

- Vérifier les ATCD +++
- Affirmer et localiser la grossesse.
- Vérifier la vitalité de l'œuf.
- Vérifier le groupage sanguin (anti D si Rhésus négatif)
- Établir un pronostic.
- Traiter par la suite.

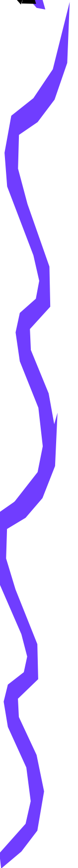


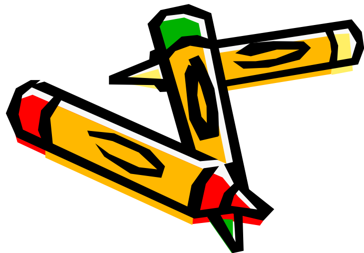


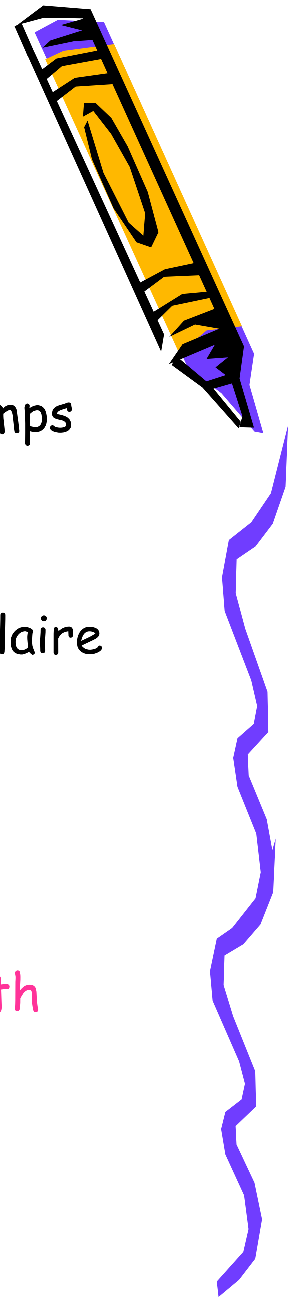
# 1. Devant une menace d'ABRT

- *Précoce:* - Repos
  - Abstinence des rapports sexuels
  - Antispasmodiques.
  - TRT hormonal ( progestatifs) si insuffisance lutéale confirmée.

- *Tardif:* TRT en fonction de l'étiologie
  - Traiter si infection, si anémie, si insuffisance lutéale
  - cerclage si BCI

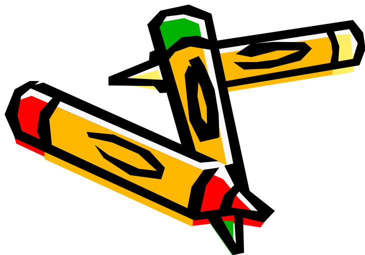


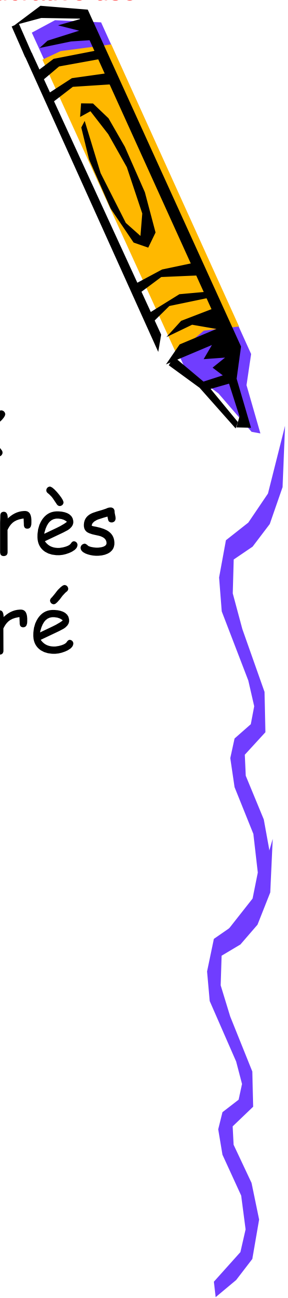




# 2. Devant un ABRT en cours

- Avant 10 SA: l'ABRT est souvent complet en un seul temps ( possibilité de ne pas cureter)
- A partir de 10 SA: l'ABRT se fait en 2 temps
  Curetage si ABRT de T1 et s'il existe une rétention ovulaire ( métrorragies persistantes et col ouvert)
- Au cours du T2 : - pas de curetage
  - Révision utérine par curage digital
- Produit de l'ABRT adressé systématiquement à l'ana path
- Dans l'ABRT septique commencer d'abord par les ATB.

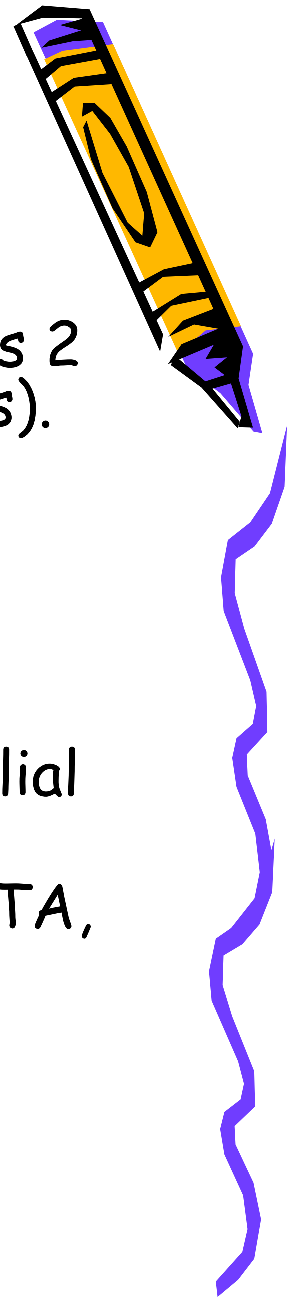




# 3. Devant une grossesse arrêtée

Évacuation après déclenchement aux ocytociques ou prostaglandines après un bilan préopératoire et avis de pré anesthésie avant la survenue de troubles de la crasse sanguine ou d'infection.





# 4. Devant une maladie abortive

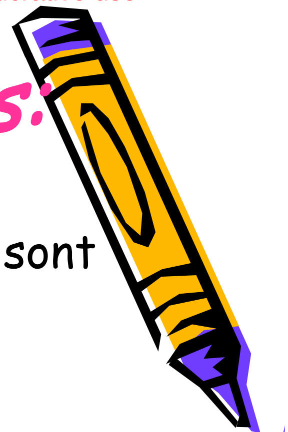
Le bilan d' ASR est proposé après 3 ABRT ( après 2 ABRT si la patiente est âgée de plus de 35 ans).

Le bilans de base comprend:

1. Un examen clinique complet:

- L'interrogatoire+++: recherche un ATCD familial d' ASR, phlébites, un DES syndrome.
- L'examen clinique général: à la recherche d' HTA, diabète, insuffisance rénale…
- L'examen gynécologique: à la recherche de malformation génitale.





# 2. Les examens complémentaires:

Après un examen clinique complet, les examens complémentaires sont classées en trois niveaux:

1. Examen de niveau 1: sont au nombre de 2:

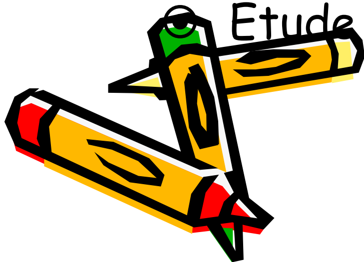
- Exploration utérine: - échographie en 1ere intention,
  - HSG en 2eme intention si BCI, synéchie,
  - HSC si anomalie endo cavitaire
- Le caryotype de couple indispensable au bilan de 1ere intention

2. Les examens de niveau 2:

- L'exploration immunitaire (LED, AC anti DNA…)
- Étude de l'hémostase ( TP, TCK, PLQ, anticoagulant type lupique)
- Bilan hormonal
- Recherche de cause infectieuse
- Spermogramme ( la teratospermie évoque une anomalie génétique)

3. Les examens de niveau 3:

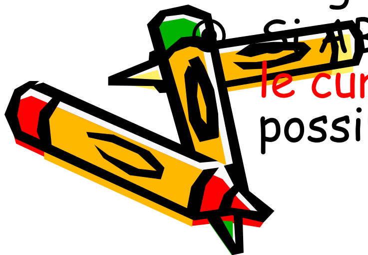
- Étude complète de l'hémostase ( protéine S et C , anti TIII…)
- AC anti paternels
- Étude cytogénétique moléculaire, étude de l'endomètre…

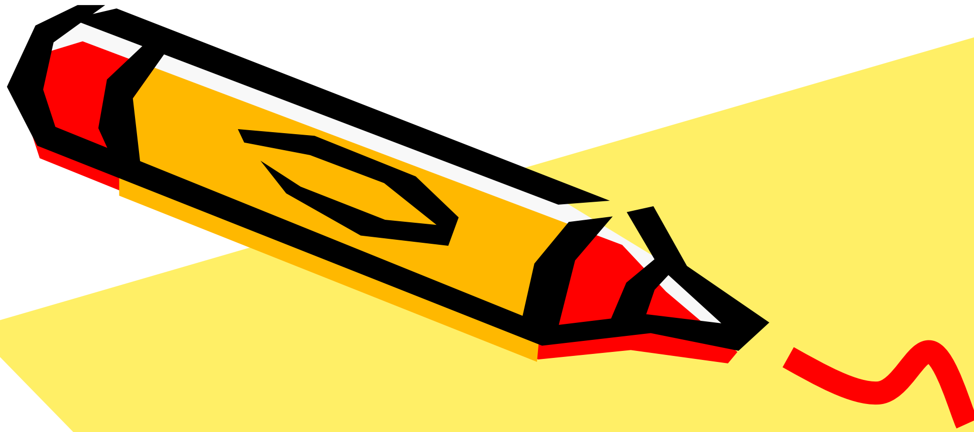




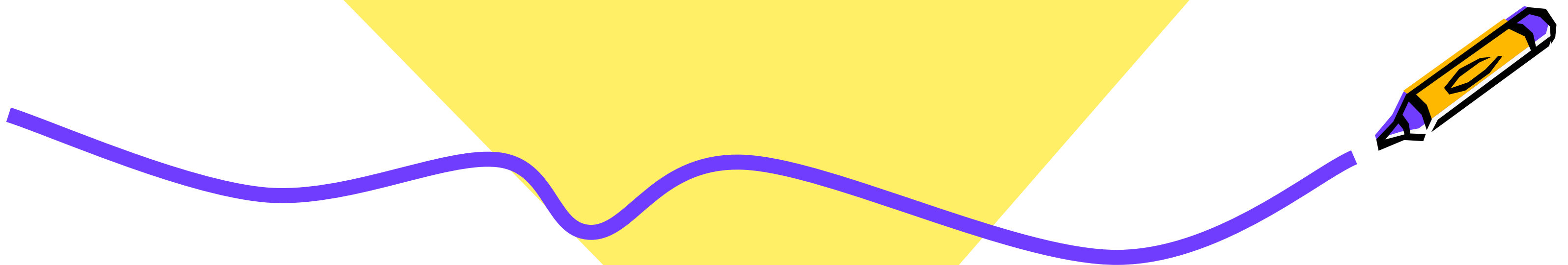
# VII. Points essentiels

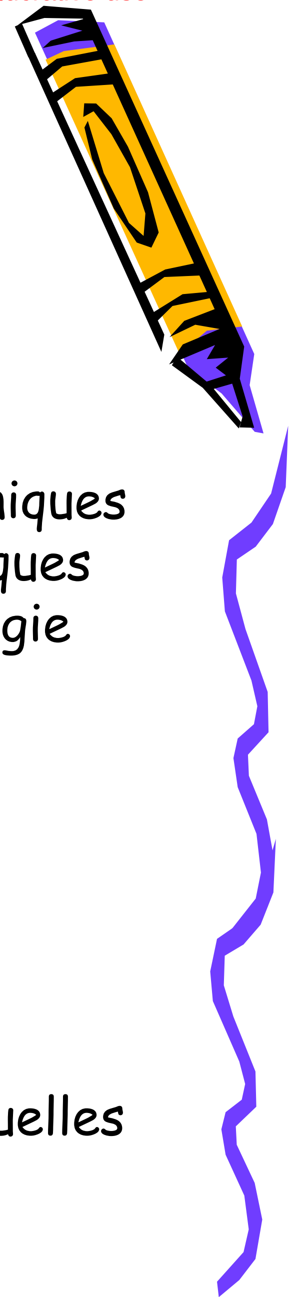
- L' ABRT désigne l'expulsion d'un fœtus non viable.
- C'est l'accident obstétrical le plus fréquent.
- Les étiologies sont très variées, mais il correspond dans la majorité des cas à l'expulsion d'un œuf défectueux (60% des ABRT précoces spontanés sont dus à une aberration chromosomique). pour cela il ne doit pas être vécu comme un échec par les parent, mais comme la conséquence d'une sélection naturelle.
- La maladie abortive constitue une infirmité obstétricale et nécessite une enquête étiologique complète
- Les signes fonctionnels sont représentés par la douleur et les métrorragies qui sont variables en fonction d'intensité du tableau.
- Les complication sont dominées par l'infection et l'hémorragie.
- Le DGC différentiel se pose avec les autres causes de métrorragie de T1 et T2
- Devant toute métrorragie de T1 éliminer d'abord une GEU.
- Devant toute métrorragie et grossesse vérifier le groupage sanguin.
- Si ABRT en cours faire un curetage si T1, curage bi digital si T2 , le curage est toujours préférable à chaque fois que celui ci est possible.





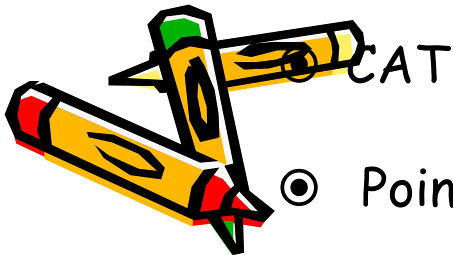
# Les ABRT provoqués

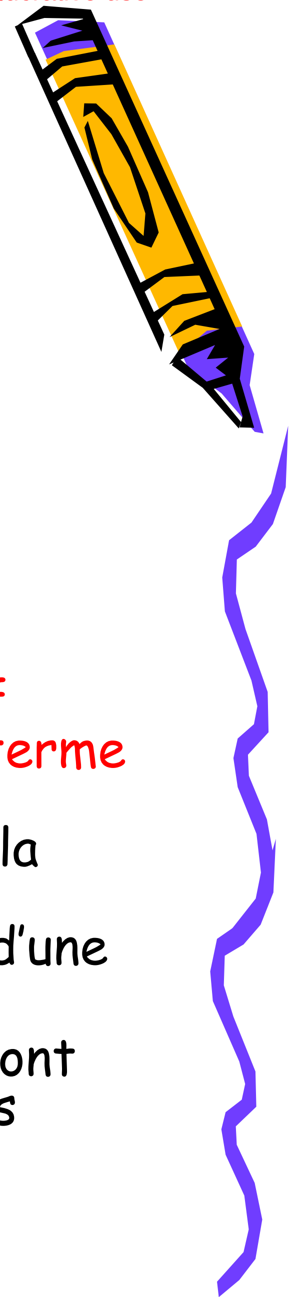




# Plan

- Introduction: - Définition
  - Intérêt
- Agents abortifs et mode d'action:
  - Agents mécaniques
  - Agents chimiques
  - Physiopathologie
- Clinique
- Formes cliniques
- Diagnostic différentiel
- Complications:
  - Complication loco régionales
  - Complication générales
  - Complications lointaines et séquelles
- CAT
- Points essentiels



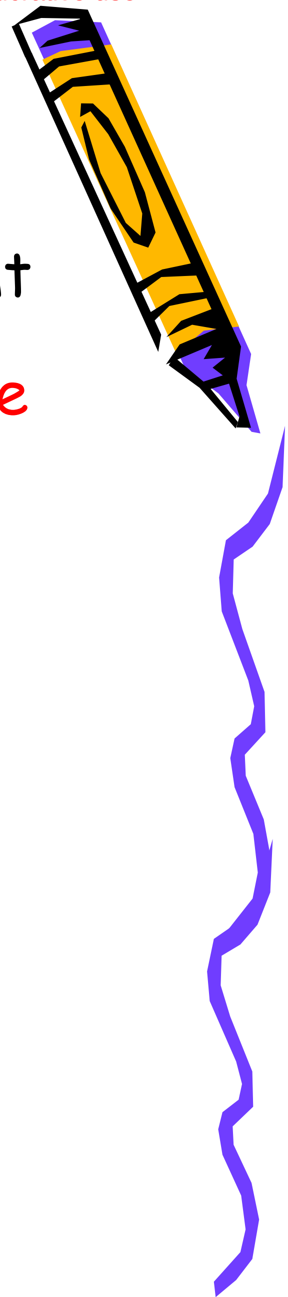


# I. Introduction

## 1. Définition: Synonymes : ABRT traumatique, ABRT criminel, ABRT clandestin

- L'ABRT provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprise quelconques destinées à interrompre la grossesse avant 6 mois, donc c'est l'interruption volontaire d'une grossesse évoluant normalement pour des raisons criminelles.
- Sont exclues de cette définition :
- Les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical et qui peuvent se pratiquer à n'importe quel terme de la grossesse, le motif médical peut être:
  -La poursuite de la grossesse mettant en péril grave la santé de la mère (ITG).
  – Forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection incurable au moment du diagnostic (IMG).
- Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) qui ont été légalisées dans certains pays et qui sont réalisées dans les établissement de santé.

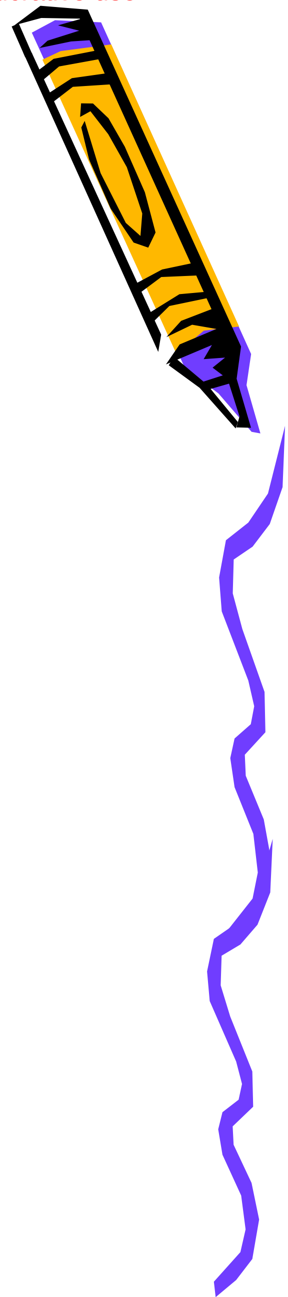




## 2. Intérêt:

- Leurs fréquence : l'ABRT étant un accouchement clandestin, son recensement est très difficile. Environ 50 millions d'ABRT sont pratiqués chaque année dans le monde dont 20 millions dans des conditions dangereuses.
- Leurs complications: fréquentes et redoutables, accident encors responsables de mortalités maternelles non négligeables. plus de 80 000 femmes par an dans le monde meurent à la suite d'ABRT septique.
- Leurs séquelles engagent l'avenir obstétrical et gynécologique.



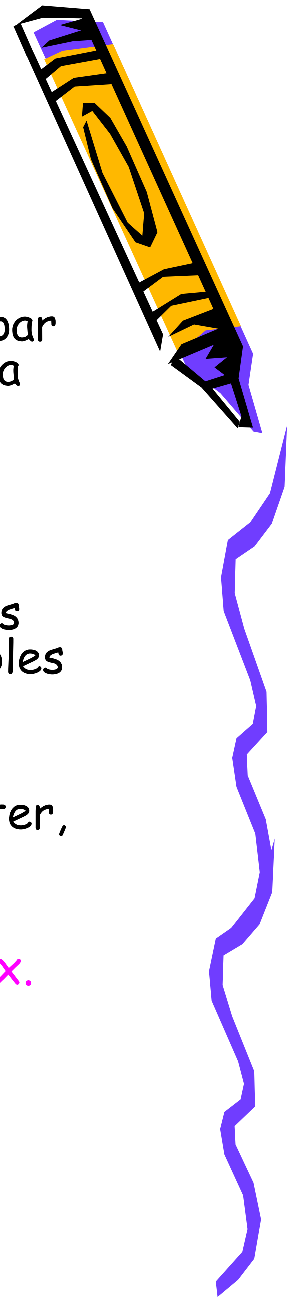


# II. Agents abortifs et mode d'action

Nombreux et variés, il s'agit:

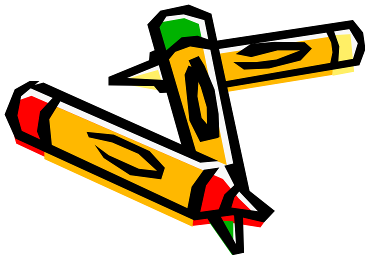
- D' agents mécaniques agissant par traumatisme.
- D' agents chimiques agissant par effet caustique ou toxique.

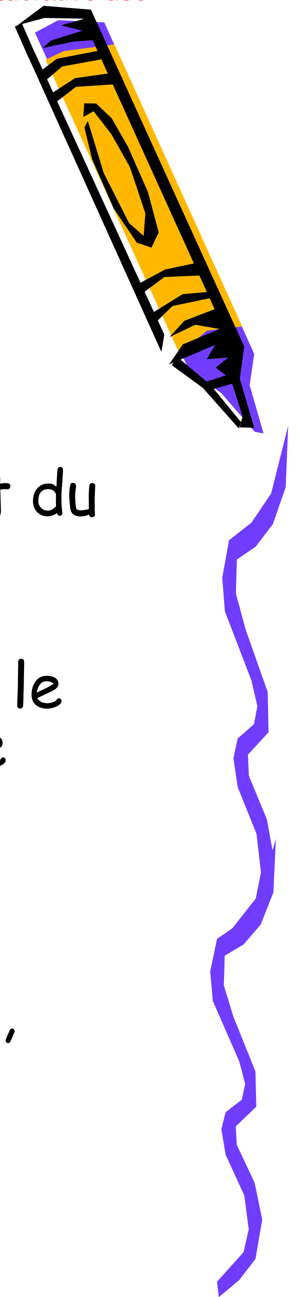




# 1. Agents mécaniques

- Ils sont destinés à être introduits à travers l'orifice cervical par manœuvres directes, ils agissent quand ils sont en place dans la cavité utérine en provoquant:
  - un décollement de l'œuf
  – une rupture des membranes donc mort et expulsion de l'œuf.
- Du coté maternel, ces agents mécanique peuvent provoquer des complications infectieuses, un traumatisme cervical, des troubles neurologiques…
- Ces agents sont de différents types : sondes, aiguilles à tricoter, tiges végétaux (persils)…
- Ce sont les plus efficaces, les plus surs mais les plus dangereux.



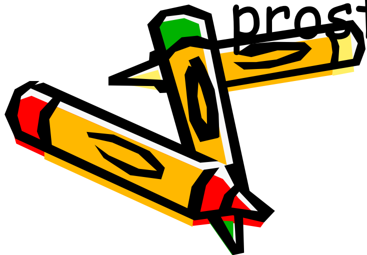


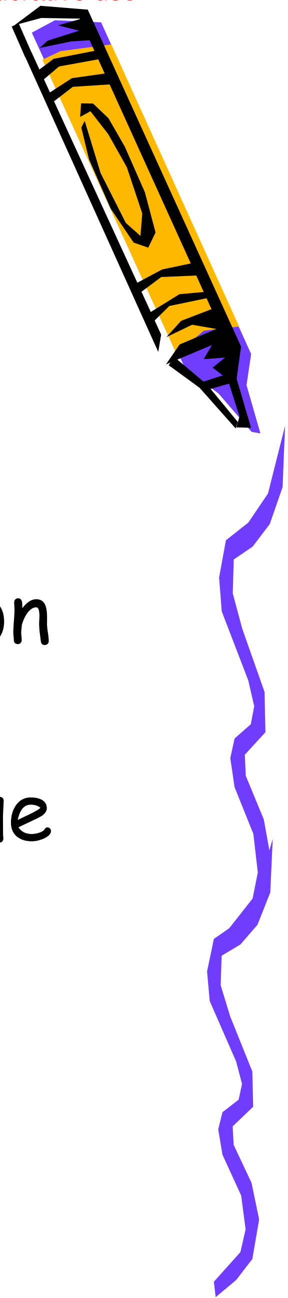
# 2. Agents chimiques

- *Voie locale:* par manoeuvres directes
  - Injection intra utérine de liquide tel que:
  * L'eau savonneuse (risque d'infarctus utérin)
  * L'eau de javel (risque de brûlures de vagin et du col)

  - KMNO4 est utilisé soit sous forme diluée ou le plus souvent sous forme de CP déposés dans le vagin (risque d'hémorragies et d'ulcérations)

- *Voie générale:* par manœuvres indirectes, plusieurs produits peuvent être utilisés: l'apiol, quinines, dérivés de l'ergot de seigle et prostigmine…



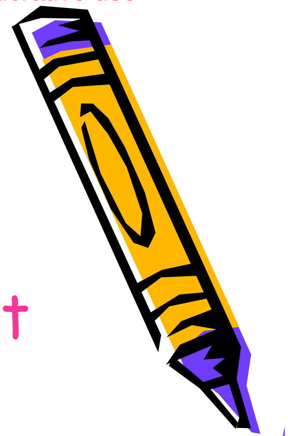


# 3. Physiopathologie

Deux phénomènes sont responsables d'hémorragie et d'infection:

- L'ouverture de l'œuf donc infection de son contenu
- Décollement partiel et traumatique de l'œuf donc complication hémorragique.



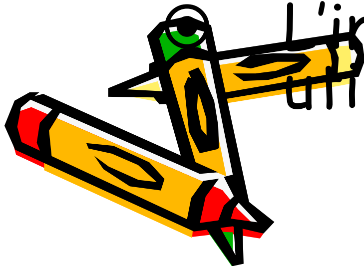


# III. Clinique

Le tableau habituel est celui d'un ABRT fébrile et hémorragique du T1.

1. Signes fonctionnels:

- Métrorragie: d'abondance variable, faite de sang rouge ou noir.
- Écoulement de liquide amniotique (si T2) fétide voire purulent.
- Douleurs pelviennes le plus souvent à type de coliques expulsives.
- État général en fonction des pertes sanguines et de l'importance de l'infection.
- Fièvre++++ signe quasi constant.
- L'interrogatoire précisera les manœuvres utilisées et la date d'apparition des troubles.



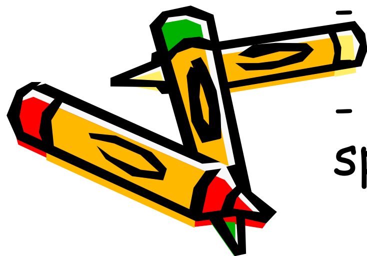


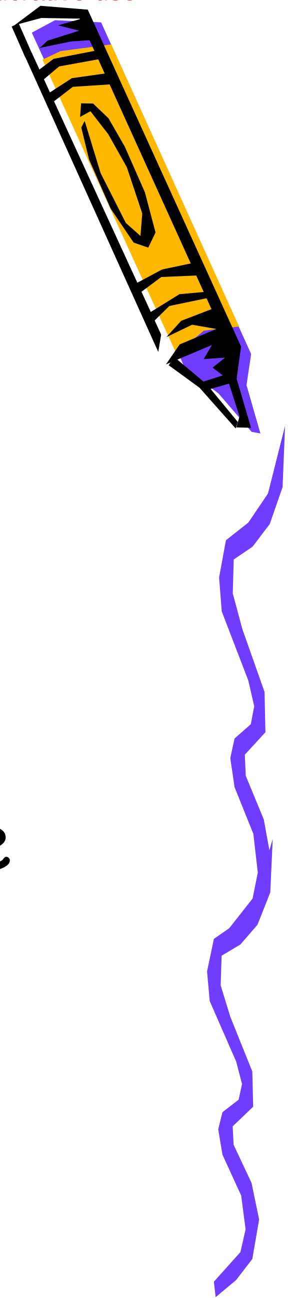
# 2. Signes physiques

- Examen au spéculum:
  - met en évidence l'origine de saignement
  - présence ou absence de débris ovulaires en voie d'expulsion
  - présence ou absence de lésions vaginales à rechercher systématiquement et minutieusement surtout au niveau du CDS postérieur.

- Le TV essaye de préciser le stade de l'ABRT ( de simple menace à l'ABRT en cours), la mobilisation utérine est souvent douloureuse.

- Examen général et loco régional à la recherche de complications:
  - Infectieuses: hyperthermie,rash,éruption cutané, aspect purulent et odeur fétide des écoulements vaginaux.
  - Urinaires: hématurie, oligurie voire anurie.
  - Hépatique: subictère…
  - Complications en rapport avec l'anémie IIaire à la spoliation sanguine.



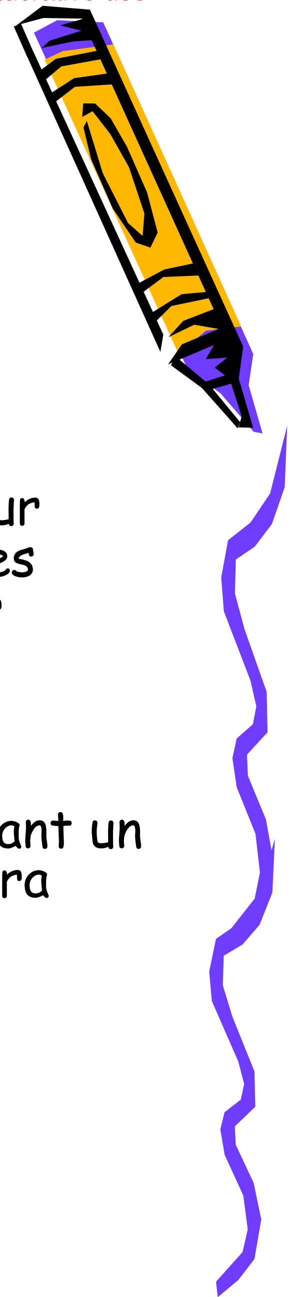


# 3. Évolution

L'évolution spontanée se fait vers l'ABRT en 2 temps, l'expulsion du fœtus puis du placenta.

Le plus souvent ABRT incomplet responsable d'une rétention source d'infection et d'hémorragie.



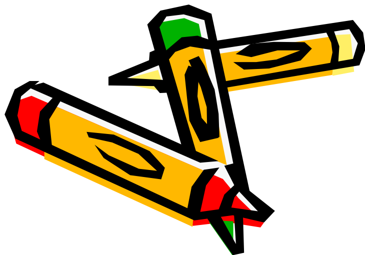


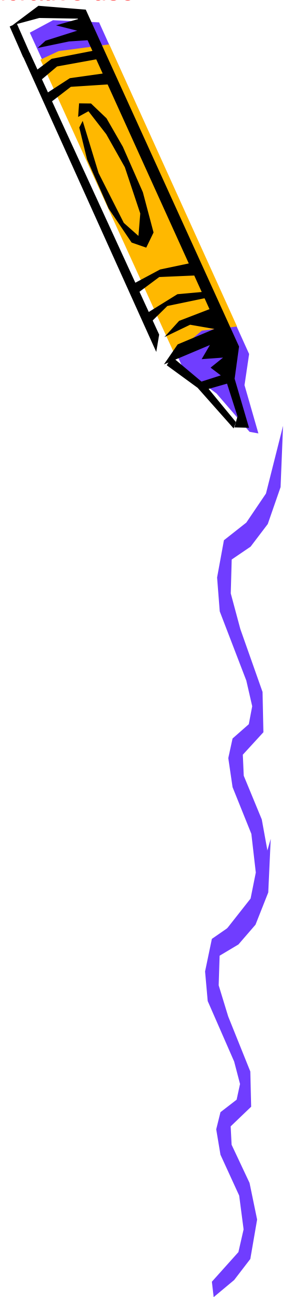
# IV. Formes cliniques

2 formes sont à individualiser:

- Forme hémorragique:
  l'hémorragie domine le tableau clinique et retentit sur l'état général. A l'examen , le vagin est encombré par les caillots de sang, l'utérus est plus ou moins distendu par l'hémorragie intra utérine.

- Forme abortive sur utérus vide:
  quand la femme croit abusivement à une grossesse devant un simple retard des règles ou quand la grossesse est extra utérine.



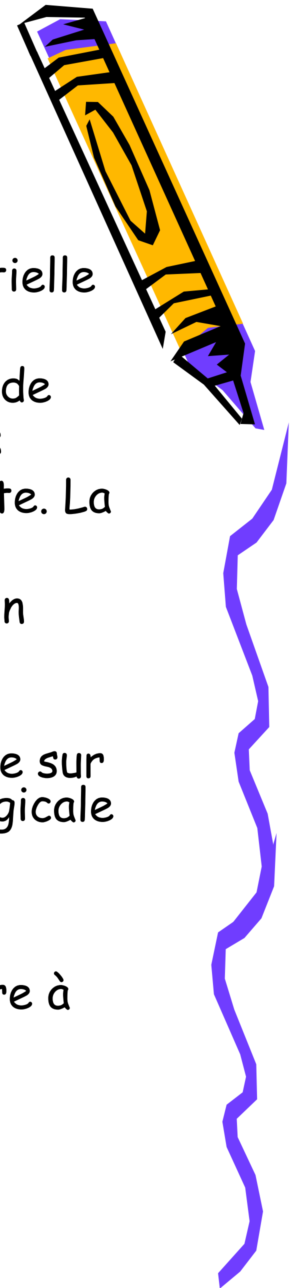


# V. Diagnostic différentiel

- GEU.
- Mole hydatiforme.
- ABRT spontané fébrile.

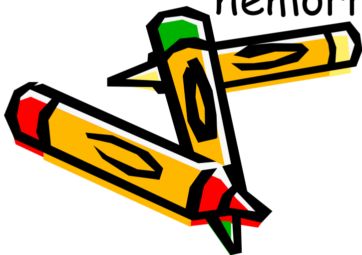


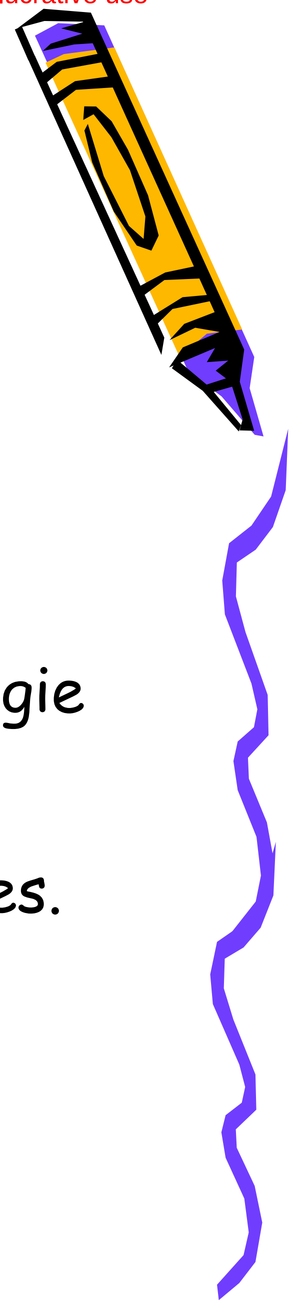
# VI. Complications



A. Complications locorégionales:

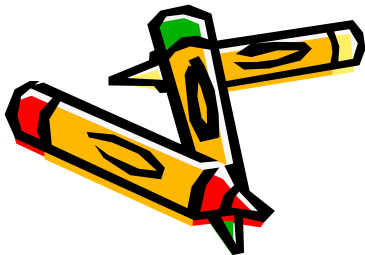
1. Complications hémorragiques: secondaires à une rétention partielle ou totales; la CIVD compliquent les hémorragies graves.
2. Complications infectieuses: faisant partie du tableau clinique de l'ABRT provoqué, On distingue par ordre de gravité croissante: l'endometrite, la salpingite aigue, le pyosalpinx, la pelvipéritonite. La péritonite généralisée et l'abcès utérin sont devenues rares.
3. Phlebite pelvienne: le diagnostic se fait par le TV qui perçoit un cordon veineux induré dans le CDS latéral.
4. Complication traumatiques:
   - Perforation utérine: traitée soit par repos, poche de glace sur le ventre , ATB et surveillance soit par intervention chirurgicale ( suture simple ou hystérectomie si paie importante)
   - Plaies cervico vaginales
   - Brûlures cervico vaginales si utilisation de l'eau de javel.
5. L'infarctus utérin: rare mais mortel en l'absence de TRT, IIaire à l'injection de l'eau savonneuse qui va provoquer une nécrose hémorragique. TRT: hystérectomie + réanimation.

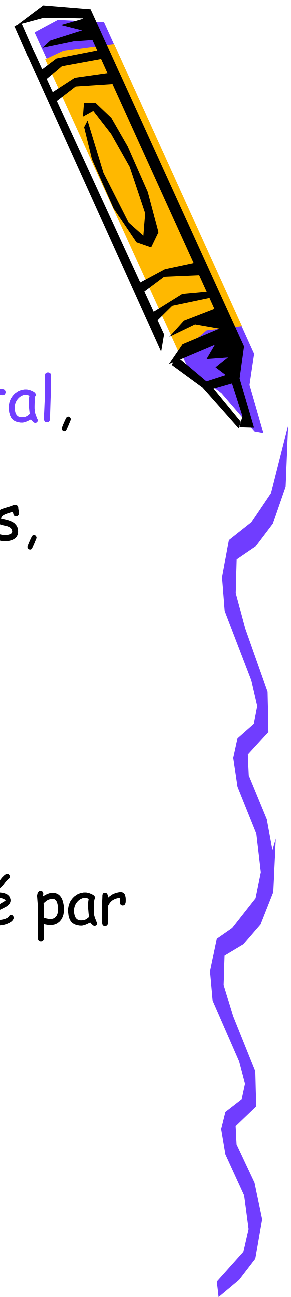




# B. Complications générales

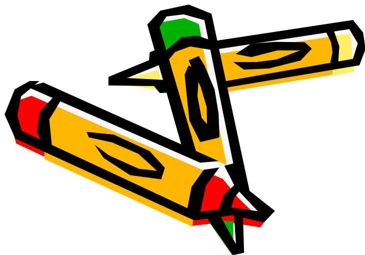
1. Complications infectieuses:
   - Toxi infection à perfringes.
   - Tétanos.
2. Accidents neurologiques:
   Précoces: de la syncope simple à la quadriplégie IIaire aux embolies gazeuses.
   - Tardifs: * thrombus veineux intracrânien.
   * Crises convulsives généralisées ou localisées.
   * Troubles psychiques: délire, confusion





# C. Complications lointaines et séquelles

- C' est souvent les infections de l'appareil génital, se traduisant par des douleurs pelviennes chroniques en rapport avec les lésions tubaires, les lésions utérines et les adhérences.
- Troubles de la fonction de reproduction:
  - stérilité.
  - Infertilité (ABRT à répétition, GEU).
- Complications obstétricales rares: rupture spontanée de l'utérus gravide fragilisé par une cicatrice de perforation.
- Séquelles psychiques: sensation de culpabilité.





# VI. CAT

## 1. A l'arrivée de la malade:

- Hospitalisation, repos, poche de glace sur le ventre.
- Groupage + NFS, hémoculture (si hyperthermie).
- Prélèvement des écoulements vaginaux.
- Pratiquer systématiquement une sérothérapie + vaccin anti tétanique.
- ATB à large spectre.

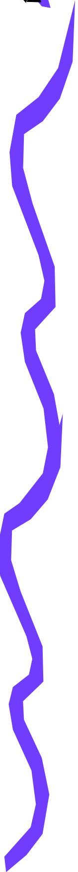




# 2. Évolution

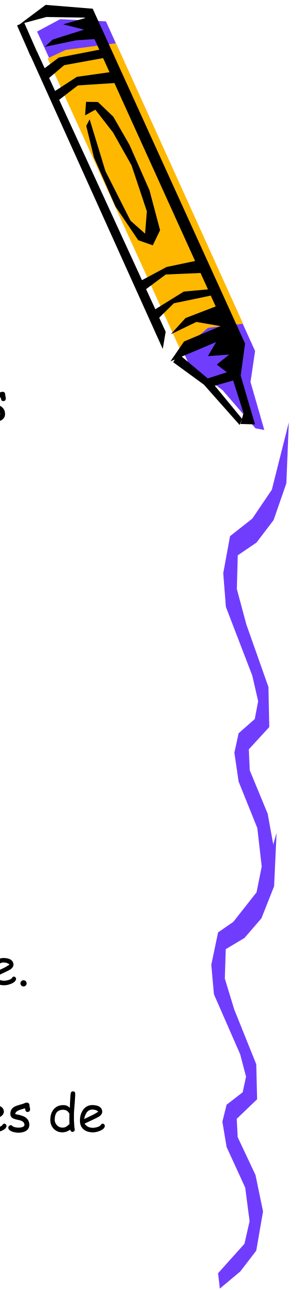
- Si tout rentre dans l'ordre, les métrorragies cessent, le taux de BHCG et l'écho confirment la vitalité fœtale = il s'agit d'une simple menace.

- Le plus souvent l'amélioration n'est que partielle: L'état général s'améliore en 24 à 48 h avec arrêt de l'hémorragie, le taux de BHCG reste bas et à l'écho pas d'activité cardiaque, le col est entre ouvert avec expulsion de fragments ovulaires = évacuation utérine par curetage ou curage ( en fonction de l'age gestationnel) après apyrexie





# 3. TRT des infections loco régionales



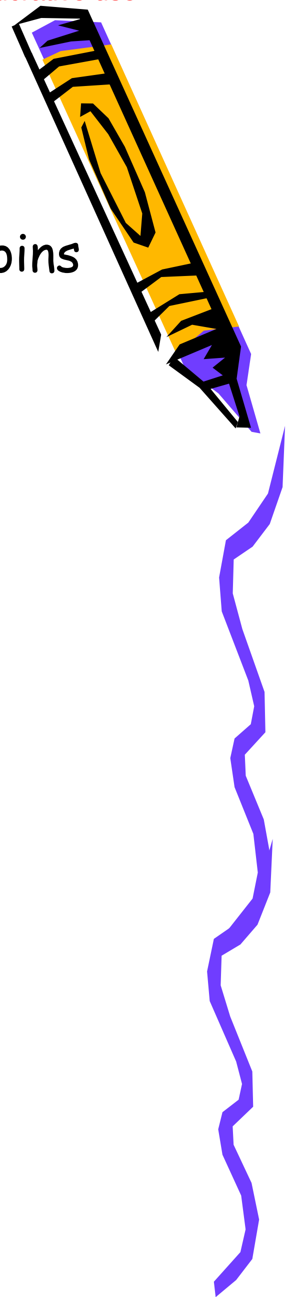
- Rechercher l'agent abortif utilisé.

- Identification de germe: hémoculture, prélèvement des écoulements vaginaux.

- TRT général associe:
  - Repos au lit.
  - Poche de glace sur le ventre.
  - ATB à large spectre puis selon l'antibiogramme.
  - Anti inflammatoires.

- Apport hydro électrolytique.
- TRT chirurgical: quand il existe une collection purulente.
  - Exérèse du pyosalpinx.
  - Évacuation d'un abcès utérin.
  - Drainage d'un phlégman de ligament large ou d'un abcès de DOUGLAS.

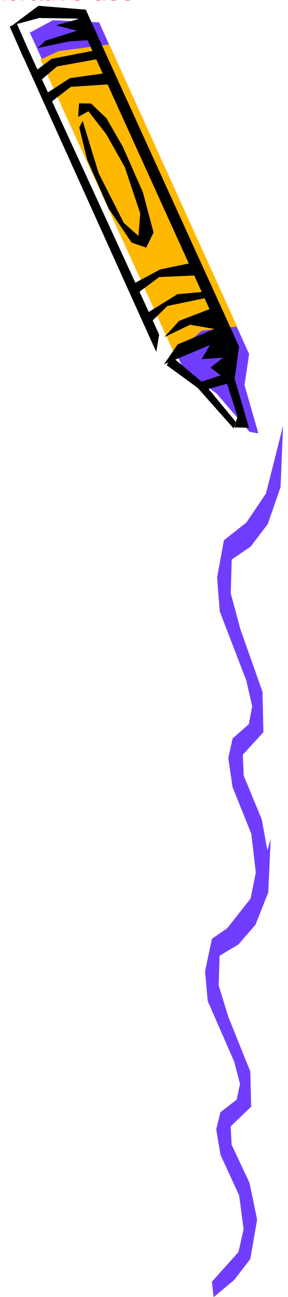




# VII. Points essentiels

- L'ABRT provoqué est l'interruption volontaire avant 6 moins d'une grossesse évoluant normalement pour des raisons criminelles.
- Les agents abortifs utilisés sont nombreux et variés, mettant en jeu la vie de la patiente.
- Tout ABRT fébrile doit être considéré comme un ABRT provoqué et traité comme tel.
- Ne jamais faire des manœuvres endo utérines en cas d'hyperthermie sauf si hémorragie cataclysmique.





# Merci pour votre attention

